

送信先 FAX 084-928-1331 (送信状は不要です。)

### 福祉体験学習申込書（企業・団体用）

社会福祉法人 福山市社会福祉協議会  
地域共生社会推進課長様

申請者 企業名・団体名  
所 在 地  
担当者の氏名  
電 話 番 号  
F A X 番 号  
E-mail アドレス

次のとおり福祉体験学習を申請します。		申込日	月 日	
対象学年	学年	クラス	受講人数	名
学習のねらい				
希望内容	講 話	内容 ( )		
	体 験	車いす	アイマスク	高齢者疑似
		点字	手話	
		その他 ( )		
希望年月日	第 1 希望	月 日 ( ) 時 分～ 時 分 ( 時限～ 時限 )		
	第 2 希望	月 日 ( ) 時 分～ 時 分 ( 時限～ 時限 )		
	第 3 希望	月 日 ( ) 時 分～ 時 分 ( 時限～ 時限 )		
	※実施 30 分前が準備時間となります。			
実施場所				
駐車場	場所 ( ) • 会場横付け 可 • 否			
事前学習	無 • 有 (内容 )			
留意点・配慮				